



SISTEMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO
DE PESSOAL EM ENSAIOS NÃO DESTRUTIVOS
SNQC-END

Foto
3X4

SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA QUALIFICAÇÃO – NÍVEIS 1 E 2

DADOS PESSOAIS:

NOME: _____ N° SNQC/END: _____
Informe apenas se já possuir SNQC/END

Data de Nascimento: ____/____/____ Natural de: _____ Estado: _____

Cart. Identidade N°: _____ CPF N°: _____

Condição Atual: Empregado Desempregado Autônomo

Grau de Escolaridade: ____ Serie do Ens. Fund Ens. Médio Técnico Superior Modal.: _____

Rua: _____ Nº _____ Compl.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP _____ Fone: (____) _____ Cel: (____) _____

E-mail: _____ Fone: (____) _____ Recado: _____

DADOS COMERCIAIS:

Empresa atual : _____

Pessoa responsável: _____ Depto.: _____

Rua: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP _____ Fone: (____) _____ Ramal: _____

E-mail: _____ FAX: (____) _____

Enviar correspondência para: endereço residencial endereço comercial

Local do Exame e Método Pretendido: (A ser preenchido obrigatoriamente pelo candidato)

Desejo obter a Qualificação no Método/Nível/Subnível : (Exemplo: LP-N2-G) _____

Desejo realizar o Exame Teórico em: _____ Verificar o estado no calendário de exames teóricos no site:

www.abende.org.br

Desejo realizar o Exame Prático com Material/Equipamento do Candidato CEQ

no Centro de Exames: SEQUI/Petrobrás-SP SENAI/CETEC-RJ SENAI/CIMATEC-BA SENAI/Contagem-MG SABESP/SP

Setor Industrial: Petróleo/Químico/Eletromecânico/Siderúrgico Saneamento

É portador de alguma necessidade especial? Sim não . Caso a resposta foi "sim" descreva a necessidade especial (visão, locomoção, audição, etc): _____

Caso o profissional venha a solicitar sua desistência no processo de qualificação e consequentemente a devolução dos valores, a ABENDE reterá 25% do valor total pago pelo candidato a título de despesas administrativas.

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E CIÊNCIA DOS PRÉ-REQUISITOS:

Aceito e concordo com as regras e pré-requisitos estabelecidos nas normas aplicáveis ao setor industrial, procedimentos, instruções técnicas e listas de verificações dos métodos solicitados, em suas últimas revisões, conforme documentos disponibilizados no site www.abende.org.br.

Assinatura do Profissional

____/____/____
Data

APROVAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE EXAME (A ser preenchido pelo Setor de Certificação)

Aprovado

Reprovado

Responsável

____/____/____
Data